

# 일차의료에 내원한 부부를 대상으로 한 우울증상을 가진 환자의 생활습관

박현정<sup>1</sup>, 노혜리<sup>1</sup>, 이정아<sup>1</sup>, 김영식<sup>1,\*</sup>, 김진희<sup>2</sup>, 강희철<sup>3</sup>, 김종명<sup>4</sup>, 최재경<sup>5</sup>, 양윤준<sup>6</sup>

<sup>1</sup>울산대학교 서울아산병원 가정의학교실, <sup>2</sup>인산의료재단 선린병원 가정의학과, <sup>3</sup>연세대학교 신촌세브란스병원 가정의학교실,

<sup>4</sup>경기도 의료원 포천병원 가정의학과, <sup>5</sup>건국대학교병원 가정의학교실, <sup>6</sup>인제대학교 일산백병원 가정의학교실

## The lifestyle of patients with depressive symptoms for couples in primary care

Hyun-Jeong Bahk<sup>1</sup>, Hye-Ri Roh<sup>1</sup>, Jung-Ah Lee<sup>1</sup>, Young-Sik Kim<sup>1,\*</sup>, Jin-Hee Kim<sup>2</sup>, Hee-Chul Kang<sup>3</sup>,  
Jong-Myoung Kim<sup>4</sup>, Jae-Kyoung Choi<sup>5</sup>, Yun-Jun Yang<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Department of Family Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center, Seoul, Korea; <sup>2</sup>Department of Family Medicine, Good Samaritan Hospital, Pohang, Korea; <sup>3</sup>Department of Family medicine, Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea; <sup>4</sup>Department of Family medicine, Pocheon Hospital, Pocheon, Korea; <sup>5</sup>Department of Family medicine, Konkuk University Medical Center, Konkuk University College of Medicine, Seoul, Korea; <sup>6</sup>Department of Family medicine, Ilsan Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Ilsan, Korea

**Background:** There are few data available on the lifestyle of depressed patients in primary care. In order to investigate the relationship between depressive symptoms and lifestyle associated with health, a cross-sectional study was carried out in 22 general hospital family practice departments.

**Methods:** Data from a total of 509 couples over forty years old in 2009-2011 were analyzed for this study. Depressive symptoms were defined as  $\geq 21$  points on the Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D) scale. Data on smoking, drinking, exercise, regular diet and breakfast intake was collected by self-administered questionnaire.

**Results:** Participants having depressive symptoms were 145 (14.2%) persons in the 1,018 samples. In the multivariate analysis, risky drinking (OR 2.12, 95%CI 1.21~3.72), non-exercise (OR 1.68, 95%CI 1.06~2.68), irregular diet (OR 2.15, 95%CI 1.32~3.50), and infrequent breakfast intake (OR 1.91, 95%CI 1.19~3.04) were associated with depressive symptoms ( $P < 0.05$ ). However, obesity and smoking were not associated with depressive symptoms ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Risky drinking, non-exercise, irregular diet and infrequent breakfast intake were significantly increased in participants with depressive symptoms in primary care.

**Keywords:** Depressive symptom, CES-D, Risky drinking, Breakfast intake, Primary care

## 서론

우울증은 정신장애 중 가장 흔한 질환으로, 전세계적으로 10~20%의 인구가 우울증상을 경험하고 있으며 점차 증가하고 있다.<sup>1)</sup> 국내건강보험심사평가원 조사에서 우울증상으로 진료한 환자 추이를 살펴보면, 2005년 43.5만명에서 2009년에는 50.9만명으로 지속적으로 증가하고 있다. 우울증으로 진단될 정도는 아니지만 우울증상을 가지고 있는 경우의 시점유병률도 남성의 23.1%, 여성의 27.4%로 보고되고 있다.<sup>2)</sup> 이처럼 우울증은 현대사회의 중요한 정신 질환으로 인식되고 있으며, 점차 증가하는 추세로 전 세계적으로 질

병부담이 큰 질환 중 하나이다.<sup>3)</sup>

우울증은 사회적, 직업적, 신체적으로 심각한 장애를 초래할 수 있고, 10~15%정도 자살에 이를 수 있다.<sup>4)</sup> 2013년 한국인의 사망원인 통계에 의하면 자살에 의한 사망이 암, 뇌혈관 질환, 심장질환에 이어 4위로 전체 사망의 28.5%를 차지하고 있다.<sup>5)</sup> 우울증은 식생활을 포함한 생활습관을 변화시킨다고 알려져 있다. 우울증 환자들은 '입맛이 없다' 혹은 '구토를 자주하며 갈증을 잘 느낀다'와 같은 특징을 보이는데, 이는 우울증이 식습관 변화를 초래하여 영양결핍 상태를 야기할 수도 있다는 것을 보여준다.<sup>6)</sup> 우울증상이 있는 독거 여자 노인들을 대상으로 한 연구에서 1일 결식비율이 높게 나타났으며,

Received February 27, 2015 Revised September 8, 2015 Accepted September 17, 2015

Corresponding Author Young-Sik Kim

Tel: +82-2-3010-3810, Fax: +82-2-483-3290

E-mail: youngkim@amc.seoul.kr

Copyright © 2015 The Korean Academy of Family Medicine

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

영양위험지수(Nutrition risk index)의 점수도 높았다.<sup>7)</sup> 우울증상이 강할수록 열량과 단백질 및 영양섭취량이 정상인에 비해 낮게 나타났다.<sup>8)</sup>

2009년 경상남도 19세 이상 18,104명을 대상으로 시행된 건강관련행태 요인과 우울증상과의 관련성에 대한 연구에서는 흡연여성이 11.5%, 비흡연여성이 3.1%로, 현재 흡연중인 여성에서 유의하게 높은 우울증 유병률을 보였다( $P < 0.001$ ). 음주에 있어서도 남녀 모두에서 유의한 차이를 보였다. 알코올의존군에서 5.7%로 정상음주군 1.7%, 문제음주군 1.2%보다 유의하게 높았다( $P < 0.001$ ). 운동에 있어서는 남자의 경우 비활동군이 건강증진형활동군에 비해 유의하게 우울증 유병률이 더 높았으며, 여자의 경우는 유의한 차이가 없었다.<sup>9)</sup>

이와 같이 우울증상과 생활습관의 관련성에 대한 연구는 상당수 진행되어 있으나 개별건강요인에 대한 연구 및 지역사회역학조사 또는 일부 환자군에서의 연구가 대부분이다. 일차의료에서 우울증상을 가진 환자가 흔하지만 지역사회 또는 정신과에 방문하는 환자의 역학적 특성이나 생활습관에 차이가 있을 것으로 추정되며, 이에 대한 연구는 부족한 실정이다. 본 연구에서는 일차의료를 방문한 중노년 부부를 대상으로 하여 CES-D scale 점수를 기반으로 우울증상을 가진 환자의 생활습관에 대해 조사하였으며, 이를 바탕으로 일차의료에서 우울증상을 가진 환자 진료에 도움이 되고자 한다.

## 연구대상 및 연구방법

### 1. 연구대상

본 연구는 일차의료 가족단면연구이다. 전국 28명의 가정의학과 의사에게 내원한 40~75세에 해당되는 부부를 대상으로 하였으며, 부부의 정의는 결혼뿐 아니라 동거, 재혼 등의 사실혼 관계도 포함하여 조사하였다. 가정의학과에 고혈압, 고지혈증, 당뇨병을 비롯한 만성질환의 관리 및 건강검진 등을 목적으로 내원한 모두를 대상으로 하여 부부가 모두 연구에 동의한 경우 포함시켰으며, 2009년 4월부터 2011년 6월까지 기본 데이터를 구축하였다. 총 1040명이 등록하였고, 이 중 설문지 응답에서 우울증 여부를 판별할 수 없는 22명의 자료를 제외하고 최종적으로 509쌍, 1018명을 연구대상자로 선정하였다. 모든 대상자들에게는 서면동의서를 받았으며 책임연구기관인 서울아산병원 임상심리위원회의 승인을 받고 진행하였다.

### 2. 연구자료

#### 1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 설문지와 진료기록을 통하여 수집하였다. 설문지를 통해 대상자의 성별, 연령, 교육수준, 가구소득, 흡

연, 음주, 식이습관 및 신체활동 등에 대해 조사하였으며, 진료기록을 통해 당뇨병 및 고혈압 여부에 대해 조사하였다. 연령은 50세 미만, 50~59세, 60~69세, 70세 이상으로 나누었으며, 교육수준은 고등학교를 기준으로 고등학교재학 이하, 고등학교졸업, 대학교재학 이상으로 나누었다. 가구소득은 월 소득을 기준으로 200만 원 미만, 200~399만 원, 400~599만 원, 600만 원 이상으로 나누었다.

#### 2) 신체계측

대상자의 신장, 체중의 신체계측은 등록 당일 병원 내원시 측정한 값을 이용하였으며, 이를 바탕으로 체질량지수( $\text{Weight(kg)/Height(m)}^2$ )를 계산하였다. 체질량지수는 아시아-태평양 기준에 따라  $18.5\text{kg/m}^2$  미만을 저체중,  $18.5\sim 22.9\text{kg/m}^2$ 을 정상체중,  $23.0\sim 24.9\text{kg/m}^2$ 을 과체중,  $25.0\text{kg/m}^2$  이상을 비만으로 나누어 비만도의 지표로 활용하였다.<sup>10)</sup>

#### 3) 건강관련 생활습관의 분류

대상자의 흡연력은 설문지로 조사하여 100개비 이상 흡연자, 100개비 미만 흡연자, 비흡연자로 나누어 질문하고, 추가로 현재 흡연 여부를 조사하여 비흡연, 금연, 흡연으로 나누고, 비흡연/금연을 비흡연군으로 분류하였다. 음주력은 한국형 알코올의존간이선별검사(Alcohol Use Disorders Identification Test in Korea, AUDIT-K)로 조사하여 비음주, 중등도음주(남자 < 8점, 여자 < 4점), 위험음주(남자  $\geq 8$ 점, 여자  $\geq 4$ 점)로 나누었다. 신체활동은 국제신체활동 설문지(International Physical Activity Questionnaire)로 조사하였다. 대상자의 운동량을 지난 7일간 격렬한운동, 중등도운동, 걷기운동에 대해 시행일수를 조사하였으며, 걷기를 제외한 운동량이 거의 없는 우울증 환자의 특성을 고려하여 걷는 양은 제외하고 격렬한운동 및 중등도운동을 7일간의 총 운동량( $\text{MET-minutes/week}$ )으로 계산하여  $1500\text{MET-minutes/week}$  이상은 격렬한운동,  $1500\text{MET-minutes/week}$  미만은 중등도운동으로 나누었다. 이후 걷기를 포함하여 운동량이 없는 대상자를 비운동으로 분류하여 분석하였다. 식생활습관은 규칙적인 식사 및 아침식사 여부를 문진하여 항상 그런 편이다/보통이다로 응답한 경우를 “예”로, 그렇지 않다고 응답한 경우를 “아니오”로 분류하여 분석하였다.

#### 4) 우울증상 평가

대상자의 우울증상 유무에 대해 한국형 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) 점수를 사용하여 평가하였다.<sup>11)</sup> 지역사회 역학연구의 일차선별용으로서의 용도에 가장 적합한 21점을 절단점으로 하여 21점 이상인 경우 우울증상이 있는 것으로 평가하여 분석하였다.<sup>12)</sup>

### 3. 연구자료의 분석

우울증상 여부를 종속변수로 하여 각각의 독립변수와의 연관성을 분석하였다. 흡연, 음주, 신체활동, 식생활 같은 생활습관과 우울증상의 연관성을 분석하였으며, 비만, 당뇨, 고혈압 같은 건강관련 요인과 우울증상과의 연관성도 분석에 포함시켰다.

본 연구의 모든 분석은 SPSS version 22.0을 사용하였다. 연구대상자의 우울증상과 연관성이 있는 요인들을 선별하기 위해 카이제곱 검정을 사용하여 독립성검정을 하였다. 우울증상 여부에 대해 건강관련 생활습관의 교차비와 95% 신뢰구간을 산출하였으며, 로지스틱 회귀분석을 사용하여 다변량 분석을 하였다. 모든 분석에서는  $P < 0.05$ 으로 통계적 유의성을 검정하였다.

## 연구 결과

### 1. 연구 대상자의 특성

연구대상은 총 1018명으로 남자 509명, 여자 509명의 부부를 대상으로 하였다. 연령분포는 남자에서는 60~69세가 40.1%, 50~59세가 27.5%였고, 여자에서는 50~59세가 37.5%, 60~69세가 34.0%였다. 교육수준은 남자의 경우 대학교재학 이상이 59.4%로 가장 많았으며, 여자의 경우 대학교재학 이상이 36.7%, 고등학교졸업이 36.9%로 비슷하였다. 소득수준은 월 200~399만원이 남녀 모두에서 30%정도로 비슷한 분포를 보였다. 체질량지수는 남자의 경우  $25\text{kg/m}^2$  이상이 42.6%로 가장 많았으며, 여자의 경우  $18.5\sim22.9\text{kg/m}^2$ 가 35.0%로 가장 많았다. 흡연력은 남자는 과거 흡연자가 55%, 현재흡연자가 20.8%였으며, 여자는 비흡연자가 96.9%로 월등하게 많았다. 음주력은 남자는 위험음주자가 29.2%였으나, 여자의 경우 위험음주자는 6.1%로 차이를 보였다. 신체활동은 비운동군이 남자와 여자 각각 41.3%, 49.9%로 가장 많았으며, 우울증상에 대해 CES-D scale 21점 이상이 남자의 경우 10.2%, 여자의 경우 18.3%로 여자에서 더 많았다. 고혈압을 과거에 진단받았거나 현재 약을 복용중인 경우는 남자에서 46.2%, 여자에서 34.4%로 나타났으며, 당뇨병을 과거에 진단받았거나 현재 약을 복용중인 경우는 남자에서 26.7%, 여자에서 12.8%로 나타났다.(Table 1)

### 2. 우울증상과 각 사회적 요인의 연관성

우울증상에 대한 위험요인으로서는 보정하지 않은 분석결과, 남자에 비해 여자(OR 1.96, 95%CI 1.36~2.82), 교육수준은 대학교 재학 이상인 경우에 비해 고등학교 졸업 미만(OR 2.22, 95%CI 1.44~3.44), 월 소득은 600만원 이상인 경우에 비해 200만원 미만(OR 3.44, 95%CI 2.00~5.91)이 유의하게 연관성이 있는 것으로 나타났다( $P < 0.05$ ). 성별, 나이, 교육수준, 소득수준을 보정한 다변량 분석에서, 남자에 비해 여자에서 우울증상을 동반한 경우가 1.7배

Table 1. Basic characteristics of study subjects

Characteristics	Male(n=509)	Female(n=509)
Age(years)		
<50	100(19.6)	129(25.3)
50~59	140(27.5)	191(37.5)
60~69	204(40.1)	173(34.0)
≥70	65(12.8)	16(3.1)
Education(years)		
>12	301(59.4)	186(36.7)
12	133(26.2)	187(36.9)
<12	73(14.4)	134(26.4)
Monthly Income(10,000 won/mo)		
≥600	149(29.6)	129(26.6)
400~599	109(21.7)	113(23.3)
200~399	151(30.0)	143(29.5)
<200	94(18.7)	100(20.6)
BMI( $\text{kg/m}^2$ )		
<18.5	15(3.2)	20(4.2)
18.5~22.9	124(26.1)	165(35.0)
23.0~24.9	134(28.2)	134(28.4)
≥25.0	203(42.6)	153(32.4)
Smoking		
never-smoker	123(24.2)	493(96.9)
Ex-smoker	280(55.0)	8(1.6)
current smoker	106(20.8)	8(1.6)
Alcohol		
Non	121(24.4)	241(52.6)
Moderate	230(46.4)	189(41.3)
Risky	145(29.2)	28(6.1)
Exercise		
Vigorous	189(37.1)	130(25.5)
Moderate	110(21.6)	125(24.6)
Non	210(41.3)	254(49.9)
Depression		
No	457(89.8)	416(81.7)
Yes	52(10.2)	93(18.3)
Hypertension		
No	274(53.8)	334(65.6)
Yes	235(46.2)	175(34.4)
Diabetes Mellitus		
No	373(73.3)	443(87.2)
Yes	136(26.7)	65(12.8)

(95% CI 1.16~2.60,  $P < 0.05$ ) 높게 나타났으며, 월 소득수준 600만원 이상인 경우에 비해 200만원 미만으로 소득수준이 낮은 경우 우울증상 동반이 3.5배(95% CI 1.90~6.34,  $P < 0.05$ ) 높은 것으로 나타났다.(Table 2)

### 3. 우울증상 여부에 따른 건강관련 요인과의 연관성

건강관련 생활습관 요인과 우울증상 여부와의 연관성을 알아보기 위해 나이, 성별을 비롯하여 우울증상과 유의한 연관성을 가진 것으로 나타난 월 소득수준을 보정하여 다변량분석을 시행하였다.(Table 3)

음주습관은 중등도음주를 기준으로 우울증상을 동반한 경우 위험음주군이 2.1배(95%CI 1.21~3.72,  $P < 0.01$ ) 많은 것으로 나타

**Table 2.** Comparison of Social factors according to depressed mood

Characteristics	Subjects with depression (n= 145 )	Subjects without depression (n= 873 )	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR <sup>†</sup> (95% CI)
Sex				
male	52(35.9)	457(52.3)	1	1
female	93(64.1)	416(47.7)	1.965(1.365~2.829)*	1.742(1.164~2.606)*
Age(years)				
< 50	28(19.3)	201(23.0)	1	1
50~59	55(37.9)	276(31.6)	1.431(0.876~2.335)	1.281(0.754~2.178)
60~69	49(33.8)	328(37.6)	1.072(0.653~1.762)	0.756(0.434~1.318)
≥ 70	13(9.0)	68(7.8)	1.372(0.673~2.800)	1.022(0.460~2.269)
education				
> 12	54(37.2)	433(49.8)	1	1
12	46(31.7)	274(31.6)	1.346(0.883~2.052)	0.998(0.625~1.594)
< 12	45(31.0)	162(18.6)	2.227(1.442~3.441)*	1.246(0.731~2.126)
Income				
≥ 600	23(17.2)	255(29.9)	1	1
400~599	27(20.1)	195(22.8)	1.535(0.854~2.760)	1.570(0.867~2.841)
200~399	38(28.4)	256(30.0)	1.646(0.953~2.841)	1.700(0.968~2.986)
< 200	46(34.3)	148(17.3)	3.446(2.008~5.913)*	3.472(1.901~6.340)*
Hypertension				
No	63(64.3)	545(59.2)	1	1
Yes	35(35.7)	375(40.8)	0.804(0.558~1.159)	0.777(0.511~1.179)
Diabetes Mellitus				
No	116(80.6)	700(80.2)	1	1
Yes	28(19.4)	173(19.8)	0.977(0.626~1.524)	1.135(0.699~1.844)

\* P&lt;0.05

† Adjusted for sex, age, education and income.

**Table 3.** Comparison of lifestyle factors and health characteristics according to depressed mood

Characteristics	Subjects with depression (n= 145 )	Subjects without depression (n= 873 )	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR <sup>†</sup> (95% CI)	P value
BMI					
< 18.5	4(2.9)	31(3.8)	0.588(0.199~1.738)	0.652(0.215~1.980)	0.451
18.5~22.9	52(38.2)	237(29.2)	1	1	
23.0~24.9	43(31.6)	225(27.7)	0.871(0.559~1.357)	1.056(0.653~1.708)	0.825
≥ 25.0	37(27.2)	319(39.3)	0.529(0.336~0.832)*	0.678(0.416~1.106)	0.120
Smoking					
Non-smoker	127(87.6)	777(89.0)	1	1	
Current smoker	18(12.4)	96(11.0)	1.147(0.670~1.963)	1.602(0.865~2.970)	0.134
Alcohol					
Non	66(48.5)	296(36.2)	1.900(1.260~2.866)*	1.450(0.928~2.265)	0.103
Moderate	44(32.4)	375(45.8)	1	1	
Risky	26(19.1)	147(18.0)	1.507(0.895~2.538)	2.123(1.210~3.724)*	0.009
Exercise					
Vigorous	31(21.4)	288(33.0)	1	1	
Moderate	32(22.1)	203(23.3)	1.464(0.866~2.477)	1.427(0.831~2.452)	0.198
Non	82(56.6)	382(43.8)	1.994(1.284~3.098)*	1.687(1.060~2.685)*	0.027
Regular diet					
Daily/frequent	113(77.9)	783(89.7)	1	1	
Few	32(22.1)	90(10.3)	2.464(1.572~3.860)*	2.157(1.326~3.507)*	0.002
Breakfast intake					
Daily/frequent	110(75.9)	744(85.2)	1	1	
Few	35(24.1)	129(14.8)	1.835(1.201~2.804)*	1.910(1.199~3.040)*	0.006

\* P&lt;0.05

† Adjusted for sex, age and income.



났다. 운동의 경우 운동을 많이 하는 군에 비해, 우울증상을 동반한 경우 운동을 하지 않는 군이 1.7배 많은 것으로 나타났다(95% CI 1.06~2.68,  $P < 0.05$ ). 식생활습관에 있어서 우울증상을 동반한 경우 불규칙한 식사가 2.1배 많게 나타났고(95% CI 1.32~3.50,  $P < 0.01$ ), 아침을 거르는 경우도 1.9배 많은 것으로 나타났다(95% CI 1.19~3.04,  $P < 0.01$ ).

비만과 흡연은 우울증상과 연관성이 없는 것으로 나타났다( $P > 0.05$ ).

## 고 찰

본 연구에서는 우울증상에 영향을 미치는 주된 환경요인인 결혼 여부가 통제된 대상군에서 부부를 대상으로 우울증상과 건강관련 생활습관 및 만성질환과의 연관성을 살펴보았다. 본 연구는 우리나라 22개 병원, 28명의 가정의학과 의사를 방문한 40세 이상의 환자 및 배우자들을 대상으로 시행한 대규모연구로, 다양한 군의 환자를 접할 수 있는 일차의료의 특성을 반영한 연구이다. 본 연구결과 음주, 운동, 식생활습관이 우울증상과 연관이 있는 것으로 나타났다. 우울증상을 동반한 경우 위험음주가 2.1배 정도 증가하는 것으로 나타났다. 운동에 있어서 우울증상을 동반한 경우 비운동군이 1.7배 정도 증가하는 것으로 나타났으며, 식생활습관에 있어서도 우울증상을 동반한 경우 불규칙한 식사가 2.1배 많으며, 아침결식도 1.9배 많은 것으로 나타났다.

본 연구에서는 식생활습관에 있어서 우울증상이 있는 경우 식사를 규칙적으로 하지 않고 아침을 자주 거르는 경향을 보였다. 2009년 경남지역 18,104명을 대상으로 시행한 건강행태, 만성질환과 우울증의 연관성에 대한 연구에서는 불규칙한 식사군에서 우울증 유병률이 높았으며,<sup>13)</sup> 이는 본 연구의 결과와 일치한다. 국민건강영양조사 제 4기 2차년도 자료를 이용하여 20세 이상을 대상으로 우울군과 정상군으로 나누어 식생활습관을 비교한 연구에서는 우울군에서 아침식사 빈도가 낮게 나타나긴 했지만 유의하지는 않았으며,<sup>14)</sup> 아침식사를 거르는 이유를 묻는 질문에서 '식욕이 없어서'란 대답이 우울군에서 유의하게 높았다. 우울군에서 아침식사를 거르는 주된 이유가 식욕이 없기 때문임을 알 수 있으며, 대부분의 우울증 환자들에서 식욕저하가 자주 나타나는 특징임을 고려하였을 때<sup>6)</sup> 이는 본 연구의 결과를 뒷받침한다. 우울증상이 동반된 경우 식욕저하로 인해 식사를 거르는 빈도가 높을 것이라고 추측할 수 있으며, 우울증상이 없는 경우에 비해 식사시간이 불규칙하고, 아침식사 빈도가 낮음을 알 수 있다.

음주에 있어서 우울증상이 있는 경우 보정을 하지 않은 결과에서는 비음주군의 비율이 높았다. 이는 남자보다 여자에서 우울증의 비율이 높기 때문인 것으로 추측할 수 있으며, Table 3에서 성별, 나

이, 소득수준을 보정한 결과에서는 위험음주군의 비율이 높았다. Parker 등의 연구<sup>15)</sup>에서 음주량과 우울증상이 관련되어 있다는 결과를 제시하였으며, 이는 본 연구의 결과를 뒷받침한다. 동유럽 세 도시를 대상으로 시행된 대규모연구에서도 비슷한 결과를 확인할 수 있다.<sup>16)</sup> 체코와 폴란드의 비음주자에서 우울증상이 증가하였으며, 음주량이 증가할수록 우울증상도 증가하였다. Volk 등의 연구<sup>17)</sup>에서 적은 양의 음주를 자주 하는 군에서 그렇지 않은 군에 비해 더 나은 삶의 질 수준을 보였다. 개인의 삶의 질과 우울증이 밀접한 관련이 있다는 사실을 고려하였을 때, 이는 어느 정도 사회적 음주를 허용하는 중등도 음주군에서 우울증상이 동반된 경우가 더 낮은 결과를 뒷받침 한다.

운동량은 많을수록 우울증상을 가진 환자수가 감소하였으며, 운동을 하지 않는 군에서 우울증상을 동반한 경우가 유의하게 많았다. 운동량의 증가와 우울증상의 감소가 관련 있다는 기존의 연구 결과가 이를 뒷받침 한다.<sup>18)</sup>

비만은 우울증상과 관련이 없는 것으로 나타났으며, 이는 체중 증가와 우울증상과의 연관성을 설명한 기존연구와 다른 결과를 보였다.<sup>19)</sup> 경남지역연구<sup>14)</sup>에서는 저체중군에서 우울증 유병률이 높은 결과를 보였으며, 우울증으로 인한 식욕부진이 체중감소를 유발하였을 것으로 설명하고 있다. 본 연구는 단면연구로서 저체중이 우울증상과 관련이 없는 것으로 나타나서 차이가 있는데, 이는 일차의료의 우울증의 경우 증상이 경하고 체중감소까지 초래하는 경우가 드물기 때문이기도 하지만, 치료가 진행되어 저체중환자에서 우울증이 개선되었거나 체중이 개선되었기 때문일 수도 있다. 따라서 비만과 우울증상과의 관련성은 추가연구를 통해 확인이 필요할 것으로 판단된다.

본 연구에서는 흡연은 우울증상과 관련이 없는 것으로 나타나서 흡연여성에서 우울증이 높았다는 Kim 등의 연구<sup>9)</sup>와는 차이가 있었다. 본 연구대상자는 가정의학과에 내원한 중노년 부부로서 남녀 모두 흡연율이 낮기 때문에 관련성이 없다고 결론 내리기에 다소 제한점이 있다고 판단되며, 우울증상과 흡연의 연관성에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 단면연구로서 우울증상 여부와 생활습관과의 인과관계를 추론하기에 제한점을 지닐 수 있으며, 해석에 이러한 점이 감안되어야 한다. 식생활을 단순한 질문으로 평가하여 구체적인 식생활을 파악하는데 한계가 있으며, 설문지 같은 주관적인 방법을 사용한 제한점이 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 일차의료에서 1000여명의 대규모 부부를 대상으로 하여 우울증상이 있는 사람들의 식생활, 음주, 운동, 흡연 등 생활습관과의 관련성을 평가한 연구로서 우울증상을 동반한 환자의 임상진료에 많은 도움을 줄 수 있을 것으로 판단된다. 또한 우울증상이나 알코올사용장애 판단기준으로 사용

한 설문지는 검증된 설문지를 사용하여 연구결과에는 별다른 오류가 없을 것으로 판단된다.

본 연구결과를 요약하면, 우울증상은 불규칙하고 아침을 거르는 식생활, 위험음주, 운동을 하지 않는 경우와 연관성을 가진 것으로 나타났다. 비만과 흡연은 우울증상과 연관이 없는 것으로 나타났는데 이에 대한 인과관계를 밝히기 위해서는 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단된다.

## 요약

**목적:** 우울증환자에서 생활습관에 관한 연구는 지역사회를 대상으로 이루어진 역학조사가 대부분으로 일차의료에서 조사된 바는 드문 실정이다. 본 연구는 22개 종합병원의 가정의학과에 내원한 성인을 대상으로 건강관련 생활습관과 우울증상과의 연관성을 평가하기 위해 수행되었다.

**방법:** 2009년부터 2011년까지 일차의료에 내원한 40세 이상의 부부 509쌍의 단면연구자료가 분석에 사용되었다. 우울증상은 CES-D 척도를 사용하여 21점 이상일 경우로 정의하였으며, 생활습관은 흡연, 음주, 운동, 규칙적인 식사 및 아침결식에 대하여 구조화된 설문지를 활용하여 자가기입방법으로 자료를 수집하였다.

**결과:** 1018명중 우울증상에 해당하는 환자는 145명(14.2%)이었다. 다변량분석결과 위험음주(OR 2.12, 95%CI 1.21~3.72), 비운동(OR 1.68, 95%CI 1.06~2.68), 불규칙한 식사(OR 2.15, 95%CI 1.32~3.50), 아침식사 결식(OR 1.91, 95%CI 1.19~3.04)이 우울증상과 관련이 있는 것으로 나타났다. 비만과 흡연은 우울증상과 연관이 없는 것으로 나타났다( $P > 0.05$ ).

**결론:** 우울증상을 동반한 환자에서 비운동, 불규칙한 식사와 아침결식이 유의하게 많은 것으로 나타났다.

**중심단어:** 우울증상을 동반한 환자에서 위험음주, 비운동, 불규칙한 식사와 아침결식이 유의하게 연관성이 있는 것으로 나타났으며, 이러한 생활습관을 가진 환자 내원시 우울증상 동반여부를 살펴봐야 한다.

## REFERENCES

- Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: Finding from the national health and nutrition examination survey III. *Am J Public Health* 2005;95(6):998-1000.
- Cho MJ, Nam JJ, Suh GH. Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adult. *Psychiat Res* 1998;81:341-352.
- Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, et al. Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression: Results of a Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2001; 286(11): 1325-1330
- WHO. The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. [cited 2010 Nov 09]. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>.
- Statistics Korea: Korean Statistical Information Service[Internet]. 2013년 사망원인통계; c2013 [cited 2014 Sep 23]. Available from: <http://kostat.go.kr>.
- Devaud C. Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *Int J Eat Disord* 24(2): 207-216.
- Son SM, Park JK, Lee HS. Depression and dietary factors related to hyperlipidemia in urban living elderly female from low income group. *Korean J Community Nutr* 8(6): 938-950.
- An YM. A study on the comparison of nutrient intakes and the mental health of girl students between day and evening session of commercial high school and academic high school in Masan. MS thesis: Kyungnam University;1989. p. 37-38.
- Kim RB, Park KS, Lee JH, Kim BJ, Chun JH. Factors Related to Depression Symptom and the Influence of Depression Symptom on Self-rated Health Status, Outpatient Health Service Utilization and Quality of Life. *Korean J Health Educ Promot* 2011; Vol.28; No.1: 81-92.
- World Health Organization Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004;363:157-163.
- Chon KK, Rhee MK. Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean J Clin Psychol* 1992; 11(1): 65-76.
- Lee YH, Sim MH, Kweon SS, Choi SW, Lee JA, Choi JS. Diagnostic Validity of the CES-D(Korean Version) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1993;32(3): 381-398.
- Lee JH, Park KS, Kim RB, Kim BJ, Chun JH. The Influence of Individual-Level Social Capital on Depression. *J Agric Med Community Health* 2011; 36(2): 73-86.
- Lee JW, Kim SA, Kim A. A Comparative Study on Eating Habits and Eating Attitude of Depressed and Normal Adults: Based on 2008 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Korean J Community Nutr* 2011; 16(5): 548-558.
- Parker DA, Parker ES, Harford TC, Farmer GC. Alcohol use and depression symptoms among employed men and women. *Am J Public Health* 1987;77(6):704-707.
- Bell S, Britton A, Kubinova R, Malyutina S, Pajak A, Nikitin Y, et al. Drinking pattern, abstention and problem drinking as risk factors for depressive symptoms: evidence from three urban Eastern European populations. *PLoS One* 2014; 9(8): e104384.
- Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21(5): 899-905.
- Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci*

- Sports Exerc 2001; 33(6 Suppl):S587-97.
19. Kuo SY, Lin KM, Chen CY, Chuang YL, Chen WJ. Depression trajectories and obesity among the elderly in Taiwan, Psychol Med 2011;41: 1665-1676.